

utb.

Büscher | Krebs

Qualität in der Pflege

PFLEGE
studieren



Inhalt

Abdeckung

Titelblatt

Urheberrechte

Inhalt

Einleitung

1. Grundlagen zur Qualität in der Pflege

1.1 Was ist Qualität?

1.2 Qualität im Gesundheitswesen und in der Pflege

1.3 Systematisierung und Dimensionen von Qualität in der Pflege

1.4 Begriffe und Methoden

1.5 Gesetzliche Grundlagen zur Qualität in der Pflege

1.5.1 Gesetzliche Krankenversicherung

1.5.2 Soziale Pflegeversicherung

1.5.3 Berufsrechtliche Regelungen

2. Qualität im Auge der Betrachtung – Perspektiven zur Qualität in der Pflege

2.1 Perspektive der Nutzer*innen der Pflege bezüglich Qualität

2.2 Welche Perspektive hat die Gesellschaft bzgl. der Qualität der Pflege

2.2.1 Perspektive der Politik

2.2.2 Perspektive anderer Berufsgruppen

2.2.3 Perspektive der Kostenträger und Leistungserbringer

2.3 Perspektive der Pflegenden zum Thema Qualität

- 3. Entwicklung und Bewertung von Qualität
 - 3.1 Qualitätsentwicklung
 - 3.1.1 Expertenstandards
 - 3.1.2 Leitlinien
 - 3.1.3 Andere Qualitätsinstrumente
 - 3.2 Qualitätsmessung und -bewertung
 - 3.2.1 Kennzahlen
 - 3.2.2 Qualitätsindikatoren
 - 3.2.3 Benchmarking
 - 3.2.4 Audits
 - 3.2.5 Qualitätsprüfungen
 - 3.2.6 Zertifizierungen
 - 3.3 Instrumente zur Einbeziehung der Nutzerperspektive
 - 3.4 Instrumente der internen Qualitätsentwicklung
- 4. Qualität in der Pflege als Organisationsaufgabe
 - 4.1 Voraussetzungen für die Qualitätsentwicklung in Organisationen
 - 4.2 Einbettung der Qualitätsentwicklung in die Organisationsstruktur
 - 4.3 Modelle zur Implementierung von Innovationen
 - 4.4 Qualität im Kontext anderer Organisationsaufgaben
- 5. Die Darstellung der Pflegequalität
 - 5.1 Wie lässt sich Pflegequalität darstellen
 - 5.2 Darstellung von Qualitätsprüfungen und -messungen im SGB V und SGB XI
- 6. Die Zukunft der Pflegequalität
- Literatur
- Sachregister

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen

Psychiatrie Verlag · Köln

Ernst Reinhardt Verlag · München

transcript Verlag · Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart

UVK Verlag · München

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Pflege studieren

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher

Andreas Büscher • Moritz Krebs

Qualität in der Pflege

Mit Online-Aufgaben

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof Dr. Andreas Büscher ist Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Er und Dipl.-Pfleger (FH) Moritz Krebs lehren Pflegewissenschaft an der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 5589

ISBN 978-3-8252-5589-3 (Print)

ISBN 978-3-8385-5589-8 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-8463-5589-3 (EPUB)

© 2022 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Cover unter Verwendung einer Grafik von [iStock.com](https://www.istock.com) / Avector

Satz: FELSBERG Satz & Layout, Göttingen

Abbildungen und Tabelle von DNQP

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Abdeckung

Titelblatt

Urheberrechte

Einleitung

1 Grundlagen zur Qualität in der Pflege

- 1.1 Was ist Qualität?
- 1.2 Qualität im Gesundheitswesen und in der Pflege
- 1.3 Systematisierung und Dimensionen von Qualität in der Pflege
- 1.4 Begriffe und Methoden
- 1.5 Gesetzliche Grundlagen zur Qualität in der Pflege
 - 1.5.1 Gesetzliche Krankenversicherung
 - 1.5.2 Soziale Pflegeversicherung
 - 1.5.3 Berufsrechtliche Regelungen

2 Qualität im Auge der Betrachtung - Perspektiven zur Qualität in der Pflege

- 2.1 Perspektive der Nutzer*innen der Pflege bezüglich Qualität
- 2.2 Welche Perspektive hat die Gesellschaft bzgl. der Qualität der Pflege
 - 2.2.1 Perspektive der Politik
 - 2.2.2 Perspektive anderer Berufsgruppen
 - 2.2.3 Perspektive der Kostenträger und Leistungserbringer
- 2.3 Perspektive der Pflegenden zum Thema Qualität

3 Entwicklung und Bewertung von Qualität

- 3.1 Qualitätsentwicklung
 - 3.1.1 Expertenstandards
 - 3.1.2 Leitlinien
 - 3.1.3 Andere Qualitätsinstrumente
- 3.2 Qualitätsmessung und -bewertung
 - 3.2.1 Kennzahlen
 - 3.2.2 Qualitätsindikatoren
 - 3.2.3 Benchmarking
 - 3.2.4 Audits
 - 3.2.5 Qualitätsprüfungen
 - 3.2.6 Zertifizierungen
- 3.3 Instrumente zur Einbeziehung der Nutzerperspektive
- 3.4 Instrumente der internen Qualitätsentwicklung

4 Qualität in der Pflege als Organisationsaufgabe

- 4.1 Voraussetzungen für die Qualitätsentwicklung in Organisationen
- 4.2 Einbettung der Qualitätsentwicklung in die Organisationsstruktur
- 4.3 Modelle zur Implementierung von Innovationen
- 4.4 Qualität im Kontext anderer Organisationsaufgaben

5 Die Darstellung der Pflegequalität

- 5.1 Wie lässt sich Pflegequalität darstellen
- 5.2 Darstellung von Qualitätsprüfungen und -messungen im SGB V und SGB XI

6 Die Zukunft der Pflegequalität

Literatur

Sachregister

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Folgende Icons werden im Buch verwendet:



Zusammenfassung



Definition



Merksatz



Übungsaufgabe



Beispiel



Literatur- und Websiteempfehlungen

In den einzelnen Kapiteln gibt es Übungsaufgaben und Reflexionsfragen. Passwortgeschützte Beispiellösungen finden Sie auf der Homepage des Ernst Reinhardt Verlages und der UTB GmbH bei der Darstellung dieses Titels: www.reinhardt-verlag.de, www.utb.de. Das Passwort zum Öffnen der Dateien finden Sie im Buch auf Seite 214.

Einleitung

Die Qualität der Pflege ist ein wichtiges Anliegen in der pflegerischen Versorgung. Menschen, die der pflegerischen Unterstützung bedürfen, möchten gut versorgt werden. Pflegende möchten ihre Arbeit gut machen und eine qualitativ hochwertige und gute Pflege leisten. Durch rechtliche und politische Rahmenbedingungen wird versucht, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten. Die Voraussetzungen für die Qualität in der Pflege scheinen also gut zu sein.

Die Antwort auf die Frage an Pflegende in der Praxis und Studierende an der Hochschule, welche Erfahrungen sie mit Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege gemacht haben, ist jedoch manchmal ernüchternd. Da ist viel von Dokumentation und Papierkram die Rede, wenn Qualitätsprüfungen oder Zertifizierungen vorbereitet werden. Dadurch entsteht der Eindruck, dass Qualität vor allem darin besteht, die richtigen Dinge in der passenden Form aufzuschreiben, damit irgendjemand sie sich ansehen und mit einem „Bestanden“-Stempel versehen kann. In dieser Form ist die Qualität der Pflege sicherlich kein besonders attraktives Thema.

Was aber zeugt für eine gute Qualität der Pflege? Wann ist eine gute Qualität erreicht? Reicht es aus, wenn alle Beteiligten zufrieden sind? Oder gibt es weitergehende Ansprüche an die Qualität der Pflege? Gibt es nicht auch ohne hohe Qualitätsansprüche in der Pflege genug zu tun?

Diese und andere Fragen sollen in diesem Buch angesprochen werden. Die Zielsetzung besteht darin, den Leserinnen und Lesern einen Zugang zu Fragen der Qualität der Pflege zu vermitteln. Dazu gehört einerseits die Kenntnis von Begriffen, Instrumenten sowie rechtlichen und politischen Vorgaben. Dazu gehört andererseits aber auch die Fähigkeit zur fortwährenden Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit, den eigenen Ansprüchen an die Pflege und den zu erreichenden (Qualitäts-)Zielen - individuell und in Pflegeteams. Für beide werden in den nachfolgenden Kapiteln Grundlagen gelegt. Sie können Ausgangspunkt einer weitergehenden und vertiefenden Beschäftigung mit den Themen sein. Sie sollen vor allem dazu dienen, die Auseinandersetzung mit der Qualität der Pflege verfolgen und mitgestalten zu können. Dies ist die Voraussetzung dafür, wirksame Beiträge zur Gewährleistung und Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung liefern zu können. Dieses Ziel sollte niemals aus den Augen verloren werden.

Das erste Kapitel vermittelt die Grundlagen zur Qualität in der Pflege. Es enthält Definitionen zum Qualitätsbegriff, zeigt verschiedene Dimensionen und Systematisierungen auf und vermittelt die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen zur Qualität in der Pflege. Das zweite Kapitel beschreibt unterschiedliche Perspektiven auf die Qualität der Pflege. Es ist vor allem der Perspektive der Adressatinnen und Adressaten der Pflege in unterschiedlichen Praxisbereichen gewidmet und zeigt deren Qualitätsvorstellungen als Patient*in im Krankenhaus, Bewohner*in einer Pflegeeinrichtung oder anderer Pflegesettings auf. Darüber hinaus werden die durch die Politik und die Kosten- und Leistungsträger geprägten Qualitätsvorstellungen aufgezeigt, bevor am Ende ein Blick auf die durch die Berufsgruppe der Pflegenden bestimmte Perspektive auf die Qualität in der Pflege geworfen wird.

Das dritte und längste Kapitel stellt die verschiedenen Ansätze zur Entwicklung, Messung und Bewertung von Qualität vor. Dazu gehören professionsgesteuerte Instrumente wie Expertenstandards und Leitlinien sowie dezentrale Ansätze zur Qualitätsentwicklung. Das Bestreben, Qualität zu messen und zu bewerten, ist im Gesundheits- und Pflegebereich weit verbreitet. Die dafür entwickelten Verfahren werden ebenfalls in diesem Kapitel vorgestellt. Die Diskussion um die Qualität der Pflege verläuft jedoch nicht statisch, sondern entwickelt sich kontinuierlich weiter und bringt auch kontinuierlich neue Erkenntnisse hervor. An einigen Stellen erfolgen daher Hinweise auf Quellen, über die neuere Entwicklungen eingesehen und nachverfolgt werden können.

Im vierten Kapitel geht es um die Bedeutung der Organisationen wie Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste für die Qualität in der Pflege. Es wird aufgezeigt, welchen Beitrag sie leisten können, um Qualität in der Pflege zu entwickeln und die Implementierung von Qualitätsmaßstäben zu realisieren.

Das fünfte Kapitel beleuchtet die Qualität der Pflege. Neben gesetzlichen Vorgaben für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gehören dazu auch interne Überlegungen, wie die Qualität der eigenen Leistung beschrieben und gegenüber unterschiedlichen Zielgruppen dargestellt werden kann. Den Abschluss des Bandes bilden Ausführungen zu einigen grundsätzlichen Fragen zur Qualität in der Pflege. Dazu gehören Überlegungen, wer die Maßstäbe für die Qualität in der Pflege entwickeln sollte und wie hohe Qualitätsansprüche mit schwierigen Rahmenbedingungen wie dem Personalmangel zusammenpassen.

1 Grundlagen zur Qualität in der Pflege

 Dieses erste Kapitel dient der Annäherung an das Thema Qualität in der Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven. Damit wird die Grundlage für die weiteren Kapitel gelegt, die ein Grundverständnis zu Begrifflichkeiten erfordern. In einem **ersten Schritt** steht die Frage im Mittelpunkt, was eigentlich Qualität ist. Wovon sprechen wir, wenn wir über Qualität reden und was bedeutet das für die weitere Auseinandersetzung mit der Qualität in der Pflege? Auf dieser Basis wird in einem **zweiten Schritt** der Qualitätsbegriff für die pflegerische Versorgung genauer in den Blick genommen. Welche Definitionen von Qualität gibt es in der Pflege und im Gesundheitswesen und welche Themen spielen bei der Qualität der Pflege eine Rolle? Im **dritten Schritt** geht es darum, den Qualitätsbegriff genauer zu betrachten, verschiedene Dimensionen zu verstehen sowie systematische Zugänge zur weiteren Beschäftigung mit der Qualität zu entwickeln. Dabei wird deutlich werden, dass es verschiedene Perspektiven gibt, die je nach Zielsetzung von Bedeutung sein können. Der **vierte Schritt** besteht in einer ersten Vorstellung und Annäherung an Methoden der Qualitätsentwicklung und die Klärung weiterer Begrifflichkeiten wie z. B. dem Unterschied zwischen interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätssicherung. Den **letzten Schritt** dieses Grundlagenkapitels bildet die Einführung in gesetzliche Grundlagen zur Qualität in der Pflege.

1.1 Was ist Qualität?

Wir alle legen in vielen Bereichen des Lebens Wert auf eine gute Qualität. Beim Essen und Trinken ist Qualität ebenso ein Thema wie bei der Auswahl technischer Geräte oder neuer Kleidungsstücke. Auch bei Dienstleistungen, die wir in Anspruch nehmen, wie z. B. bei einer Beratung zur

Geldanlage oder zu Gesundheitsfragen, erhoffen und erwarten wir eine gute Qualität. Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass auch in der Pflege die Frage nach der Qualität eine wichtige Rolle spielt. Die Qualität der Pflege ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil Menschen in der Regel nur dann der pflegerischen Unterstützung bedürfen, wenn sie nicht mehr selbstständig in der Lage sind, wichtige Aktivitäten durchzuführen, sich notwendige Informationen zu beschaffen, Entscheidungen in relevanten Lebensbereichen zu treffen oder allgemein so zu agieren, wie sie es eigentlich gewohnt sind. Wer der pflegerischen Unterstützung bedarf, ist daher sehr vulnerabel und möchte sich darauf verlassen können, eine qualitativ gute Pflege zu erhalten.

Die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege ist ein erklärtes Ausbildungsziel für die Pflegeberufe, unabhängig davon, ob die Ausbildung im Rahmen eines Studiums oder an einer Fachschule erfolgt. Um etwas analysieren, evaluieren, sichern und entwickeln zu können, bedarf es einer Vorstellung, worum es dabei im Kern eigentlich geht.

Vereinfacht gesagt, handelt es sich bei der Qualität von etwas um eine Beschaffenheit oder Eigenschaft, im weiteren Sinne um die Güte von etwas. Grundsätzlich ist Qualität erst einmal ein neutraler Begriff und es bedarf einer Bewertung, um zu entscheiden, ob es sich um eine gute oder schlechte Qualität handelt.



Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und notieren sich fünf Stichpunkte, anhand derer Sie die Qualität eines Restaurants bewerten würden. Tauschen Sie sich danach nach Möglichkeit zu zweit oder zu dritt darüber aus, wann Sie die Qualität anhand Ihrer Stichpunkte als gut oder als schlecht beurteilen würden.

Vermutlich ist es Ihnen nicht schwergefallen, einige Aspekte zu benennen. Vielleicht gehörten zu Ihren Stichpunkten die Auswahl an Essen und Getränken, der Geschmack, die Freundlichkeit des Personals, Sauberkeit und die Gestaltung des Restaurants, ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis oder andere Kriterien.

Schwerer als die Benennung der Stichpunkte ist die Frage, wann die Auswahl an Essen und Getränken als gute Qualität bewertet werden soll. Ist dies eine Frage der Menge des Angebots oder ihrer Besonderheit? Ähnlich sieht es bei den anderen genannten Stichpunkten aus. Bei der Frage nach der Bewertung eines Aspekts als gute oder schlechte Qualität wird in der Regel deutlich, dass viele Bewertungen sehr subjektiver Natur sind und vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen und Vorlieben vorgenommen werden.

Allerdings kann ein und dieselbe Person, je nach Motivation und Ausgangslage, die Qualität von etwas unterschiedlich bewerten. Neben persönlichen Erfahrungen spielen oft auch das Ziel oder der Zweck eines Restaurantbesuchs eine Rolle. Wenn ich großen Hunger habe und möglichst schnell etwas essen möchte, dann sind die Kriterien der Dauer zwischen Bestellung und Erhalt des Essens sowie die Menge vermutlich von höherer Bedeutung als wenn ich einen romantischen Abend verbringen möchte oder mich im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung mit einer größeren Gruppe in einem Restaurant treffe.

Diese Überlegungen kann man noch ausbauen und anhand anderer Beispiele fortführen wie z. B. dem Kauf von Kleidung oder beim Besuch von Sport- und Fitnessangeboten. Im Ergebnis laufen alle Beispiele darauf hinaus, dass die Qualität vielfach nach subjektiven Kriterien beurteilt und von der eigenen Perspektive auf die Dinge beeinflusst wird. Die Suche nach objektiven Maßstäben ist nicht unmöglich, aber deutlich aufwändiger als die Benennung subjektiver Kriterien. Eine absolute und immer

gültige Bestimmung von Qualität erscheint daher schwierig zu sein.

Ein möglicher Ausweg aus dieser Subjektivität kann darin bestehen, Bewertungen zu zählen, wie es häufig in den neuen sozialen Medien zu finden ist („2000 Menschen gefällt das“). Mangels einfach erklärbarer Maßstäbe für eine gute oder schlechte Qualität wird also die Häufigkeit subjektiver Einschätzungen gezählt. Dahinter steht die Annahme, dass bei überwiegend positiven Bewertungen die Qualität zumindest nicht sehr schlecht sein kann. Umgekehrt gilt, wenn die Mehrzahl sich schlecht über etwas äußert, dass es dann mit der Qualität des Ganzen nicht allzu weit her ist.

Hinter dieser Methode steht ein sehr nutzerorientiertes Verständnis von Qualität, nach dem in erster Linie die Menschen, die ein Produkt erwerben oder eine Dienstleistung in Anspruch nehmen, über deren Qualität urteilen und urteilen sollten. Sehr vereinfacht ausgedrückt, findet sich diese Einschätzung in dem Satz: „Der Kunde ist König“. Etwas neutraler formuliert und nicht nur auf Kundenbeziehungen bezogen wird diese Einschätzung gut ausgedrückt in dem Satz:



Qualität entsteht im Auge des Betrachters oder der Betrachterin.

Gemeint ist damit, dass es für die Beurteilung der Qualität eine subjektive Perspektive gibt, die berücksichtigt werden sollte. Auf die Beurteilung der Qualität der Pflege übertragen würde das bedeuten, dass die Menschen, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder durch ambulante Pflegedienste Pflege erhalten, beziehungsweise gepflegt werden, danach gefragt werden müssten, wie sie die Pflege beurteilen. Wenn die Mehrzahl die Pflege als gut beurteilt,

dann wird die Qualität als gut bewertet. Im anderen Fall würde sie als schlecht bewertet. Falls eine differenziertere Bewertung gewünscht ist, dann könnten Abstufungen gewählt werden (z. B.: ich halte die Qualität für: gut - eher gut - mittelmäßig - eher schlecht - schlecht).

Spätestens an dieser Stelle macht sich bei Pflegenden in der Regel ein gewisses Unbehagen breit, das dadurch begründet ist, dass die subjektive Beurteilung - auch wenn sie nicht nur durch eine, sondern durch viele Personen vorgenommen wurde - nicht das alleinige Kriterium zur Beurteilung der Qualität von Pflege sein kann. Darüber hinaus müssten weitere Gesichtspunkte beachtet werden wie z. B. die Fachkompetenz, die Rahmenbedingungen oder auch gesetzliche Vorgaben. Es bedarf also weiterer Anhaltspunkte als der subjektiven Bewertung für die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Im weiteren Verlauf werden viele dieser Anhaltspunkte gegeben und konkretisiert. Die Perspektive und Einschätzung der pflegebedürftigen Menschen spielt jedoch in jedem Fall für die Beurteilung der Qualität der Pflege eine wichtige Rolle. Wenn subjektive Einschätzungen allein nicht ausreichen, um die Qualität der Pflege zu beschreiben und zu bewerten, dann sind objektive Maßstäbe erforderlich und diese sind auch vorhanden.

Ein Blick in Lehrbücher zur Qualitätsentwicklung oder zum Qualitätsmanagement in der Pflege und im Gesundheitswesen verdeutlicht, dass diese sich über unterschiedliche Wege einer Definition der Qualität in der Pflege nähern. Dabei spielen objektive Maßstäbe eine wichtige Rolle.

Da die Auseinandersetzung um Qualität nicht nur in Bezug zur Pflege und im Gesundheitswesen geführt wird, ist ein Blick über den Tellerrand in andere Bereiche hilfreich, um zu einer **Definition** von Qualität zu kommen. Die Deutsche Gesellschaft für Qualität versteht unter Qualität

„das Richtige richtig tun“ und lehnt sich an die Definition von Qualität der DIN EN ISO 9000 ([DGQ 2020](#)) an:



Qualität ist der „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Forderungen erfüllt“

Diese Definition ist tatsächlich recht weit entfernt von der Aussage, dass Qualität im Auge der Betrachtung entsteht. Unabhängig davon ist sie jedoch sehr hilfreich, wenn es darum geht, ein Verständnis davon zu entwickeln, wie Qualität in der Pflege unabhängig von subjektiven Bewertungen beschrieben werden kann. Was bedeutet nun diese beim ersten Lesen schwer verständlich anmutende Definition?

Qualität hat laut der Definition etwas damit zu tun, dass Forderungen zu einem unterschiedlichen Grad erfüllt werden können. Je höher der „[Erfüllungsgrad](#)“, umso höher die Qualität. Die Voraussetzung, um diese Qualität zu erreichen, ist die Kenntnis der Forderungen beziehungsweise Anforderungen, die es zu erfüllen gilt. Beispiele für Forderungen sind fachliche Standards, hausinterne Vorgaben oder auch gesetzlich festgelegte Anforderungen. Sie werden uns im weiteren Verlauf dieses Buches noch beschäftigen ([Kap. 3.1](#)). Interessant ist es für die Pflegeberufe zudem, wer die Forderungen stellt oder die Anforderungen formuliert. Auch damit werden wir uns im weiteren Verlauf beschäftigen ([Kap. 1.5](#), [Kap. 3.1](#) und [Kap. 6](#)). Somit bleibt zum Verständnis der Definition noch zu klären, wer die Anforderungen erfüllen soll, wer also der „Satz inhärenter Merkmale“ ist. Die Definition sieht Produkte, Waren und Dienstleistungen als „Satz inhärenter Merkmale“ an. Sie haben bestimmte und beschreibbare Merkmale, mit denen die Forderungen erfüllt werden sollen.

Bei der Pflege handelt es sich um eine personenbezogene Dienstleistung, die in Form individueller pflegerischer Maßnahmen, als kollektive Dienstleistung einer Abteilung (z. B. einer Station eines Krankenhauses oder eines Wohnbereichs in einer stationären Pflegeeinrichtung) oder einer gesamten Institution (z. B. eines Krankenhauses oder ambulanten Pflegedienstes) sowie der gesamten Berufsgruppe der Pflegenden erbracht wird.

Als Fazit dieser ersten Überlegungen lässt sich festhalten, dass die Qualität der Pflege **zwischen den Polen der subjektiven Bewertung** durch die Empfänger*innen pflegerischer Versorgung und der sehr **objektiven Form des Grads der Erfüllung** von Anforderungen liegt.

1.2 Qualität im Gesundheitswesen und in der Pflege

In der Praxis wird die Qualität in der Pflege selten so grundsätzlich diskutiert wie es im ersten Kapitel erfolgt ist. Dennoch ist es sinnvoll, ein gemeinsames Verständnis von Begrifflichkeiten zu entwickeln, an denen man sich im weiteren Verlauf orientieren kann. Einen sehr viel deutlicheren Bezug zur Gesundheitsversorgung weist eine aus dem Jahr 1990 stammende Definition aus den USA auf. Qualität von Versorgung ist:

 „the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.“ (Institute of Medicine 1990, 4)

Übersetzt bedeutet diese Definition, dass die Qualität der Versorgung in dem Grad besteht, zu dem gesundheitliche

Dienstleistungen für Individuen und Gruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und in Übereinstimmung mit dem aktuellen professionellen Wissen stehen. In dieser Definition findet sich als Parallele zur Definition nach DIN EN ISO 9000(DGQ 2020) der Bezug zu einem „Erfüllungsgrad“. Darüber hinaus ist diese Definition, auch wenn sie in erster Linie für die medizinische Versorgung gedacht war, sehr viel geeigneter für die Pflege, weil sie sich konkret auf ihre Aufgaben bezieht und den entsprechenden Kontext berücksichtigt. Es geht um gesundheitliche Dienstleistungen für Individuen und Populationen („health services for individuals and populations“), die die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen („increase the likelihood of desired health outcomes“) und dem aktuellen professionellen Wissen entsprechen („consistent with current professional knowledge“). Um diesen Grad zu erreichen, bedarf es der Vorstellung, was „erwünschte Gesundheitsergebnisse“ sind und der Kenntnis des aktuellen professionellen Wissens.

Die erwünschten Ergebnisse in der Pflege können in der Regel abgeleitet werden von den grundlegenden Zielen der Heilung, Linderung, Verbesserung, Förderung, Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit sowie der Vermeidung der negativen Folgen ihrer Beeinträchtigung. Je konkreter der Praxisbereich ist, umso konkreter lassen sich auch die erwünschten Gesundheitsergebnisse benennen.

 Frau A. ist 79 Jahre alt und ist in ihrer Wohnung gestürzt. Sie wird mit dem Rettungswagen in ein Krankenhaus gebracht. Dort wird eine Schenkelhalsfraktur diagnostiziert und Frau A. erhält ein künstliches Hüftgelenk. Als erwünschte Gesundheitsergebnisse können in diesem Fall die Wiedererlangung der Mobilität und die Vermeidung von Risiken, die durch die Operation und die Gesamtsituation entstehen können,

angesehen werden, z. B. die Entstehung eines Dekubitus, starke oder dauerhafte Schmerzen, die Entstehung einer Thrombose, Wundheilungsstörungen und anderes. Nicht alle erwünschten Gesundheitsergebnisse sind allein durch die Pflege zu erreichen, aber sie hat zweifellos einen großen Anteil daran, ob die erwünschten Ergebnisse erreicht werden, indem sie notwendige Maßnahmen ergreift, um die Entstehung von Problemen aufgrund der genannten Risiken zu verhindern.

Ein weiteres Beispiel ist der 85-jährige Herr B., der nach dem Tod seiner Frau lange allein in seiner Wohnung gelebt hat und Hilfe durch seine etwa 50 Kilometer entfernt lebende Tochter erhalten hat. Da seine Tochter sich nun einer neuen beruflichen Aufgabe stellen will und Herr B. zunehmend Probleme damit hat, sich selbst zu versorgen, hat er schweren Herzens die Entscheidung getroffen, in das örtliche Pflegeheim überzusiedeln. Die Gewöhnung an die neuen Lebensumstände, die vielen Menschen um ihn herum und der Abschied von seinem Zuhause fallen ihm schwer. Als erwünschte Ergebnisse oder Ziele können in diesem Fall die Bewältigung des Übergangs in eine neue Lebenssituation und die mittel- und langfristige Erhaltung und Förderung seiner Selbständigkeit verstanden werden. Pflegende können dazu beitragen, indem sie Konzepte zur Unterstützung bei der Übersiedlung in ein Pflegeheim entwickeln und sich in ihrer Arbeit daran orientieren.

Die Beispiele sind bewusst aus sehr unterschiedlichen Praxisfeldern gewählt worden, um zu zeigen, dass die Qualität der Pflege immer einen engen Bezug zum jeweiligen pflegerischen Auftrag hat. Auf einer Intensivstation stellen sich andere Herausforderungen für die Pflege als im Rahmen der häuslichen Pflege eines Menschen mit Demenz. Daher empfiehlt es sich, in jedem Arbeitsbereich in regelmäßigen Abständen sich darüber zu unterhalten und zu verständigen, welche Zielsetzungen in der Versorgung bestehen, mit welchen Maßnahmen versucht wird, die Ziele zu erreichen und wie es um die Zielerreichung steht.

Der zweite Teil der Definition des Institute of Medicine bezieht sich auf die Übereinstimmung der Versorgung mit dem aktuellen Stand des professionellen Wissens. Das bedeutet, dass die Erreichung der erwünschten

Gesundheitsergebnisse nicht individuell durch einzelne Pflegefachkräfte zu definieren ist, sondern sich am verfügbaren professionellen Wissen orientieren soll. Ein großer Teil des professionellen Wissens soll im Rahmen von Studium oder Ausbildung vermittelt werden, sodass in möglichst großem Umfang darauf zurückgegriffen werden kann. Allerdings ist das professionelle Wissen keinesfalls statisch, sondern entwickelt sich kontinuierlich weiter, vor allem durch Forschung. Darüber hinaus können im Rahmen eines Studiums nicht alle Bereiche der Praxis und alle möglichen Problemlagen pflegebedürftiger Menschen gleichermaßen intensiv bearbeitet werden. Es bedarf also neben der Vermittlung durch Lehrbücher weiterer Quellen.

Die Suche nach aktuellem professionellem Wissen ist ein Kern der **evidenzbasierten Praxis** in Medizin und Pflege. Dabei geht es nach **Sackett et al. (1996)** darum, die gegenwärtig beste Evidenz, also das jeweils beste verfügbare, durch wissenschaftliche Forschung gewonnene Wissen in Verbindung mit der individuellen Expertise zur Grundlage von Entscheidungen in der Versorgung individueller Patientinnen und Patienten zu machen. Um dieses Wissen zu identifizieren und darauf zugreifen zu können, bedarf es der Recherche von Studien, ihrer Bewertung und der Überlegung, ob und in welcher Form die Ergebnisse Niederschlag in der eigenen Praxis finden sollten und können. Dabei handelt es sich um eine anspruchsvolle Aufgabe, für die es einer entsprechenden Kompetenz bedarf. Wichtige Grundlagen dazu bietet die Internetseite des **Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin**(www.ebm-netzwerk.de).

Nicht immer ist es jedoch erforderlich, sich selbst um die Recherche des aktuellen Stands des professionellen Wissens zu bemühen. Zu einer Reihe wichtiger Themen und Herausforderungen in der Pflegepraxis wurde dieses Wissen in Qualitätsinstrumenten, insbesondere Expertenstandards

und Leitlinien zusammengefasst und handlungsleitend aufbereitet ([Kap. 3.1](#)).

Insgesamt verdeutlicht die US-amerikanische [Definition von Qualität](#) in der Gesundheitsversorgung den Bezug zum tatsächlichen professionellen Wissen und die Notwendigkeit zur Beschreibung konkreter Ziele, z. B. in Form erwünschter Ergebnisse. In Ergänzung zu den Polen der rein subjektiven Bewertung und dem „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Forderungen erfüllt“, sind für die Analyse und Entwicklung der Qualität aktuelles professionelles Wissen und die Benennung konkreter Ziele erforderlich.

In Anlehnung an eine Definition von Donabedian aus dem Jahr 1970 wurde in einem der ersten in Deutschland geförderten Projekte zur Qualitätssicherung in der Pflege eine Definition von [Pflegequalität](#) vorgenommen ([Dahlgaard / Schiemann 1996](#) 27):



 „Pflegequalität ist der Grad an Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege.“

Auch in dieser Definition gibt es einen Wiedererkennungseffekt, weil es um einen Grad an Übereinstimmung geht. Neu gegenüber den anderen Definitionen sind an dieser Stelle die Ziele der Berufsgruppe und der erreichte Erfolg. Die Bestimmung des Erfolgs setzt voraus, dass dieser bestimmt und gemessen werden muss. Wie das erfolgt, wird in [Kap. 3.2](#) beleuchtet. Die anerkannten Ziele der Berufsgruppe finden sich in beruflichen Standards, Leitlinien oder anderen Formen der Festlegungen wie beispielsweise Codes. Sie können in gewissem Sinne als die Anforderungen verstanden werden,

die zu einem hohen Grad erfüllt sein sollten, wenn von einer guten Pflegequalität gesprochen wird.

Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, wer berechtigt ist, die Ziele für die Berufsgruppe festzulegen. Sinnvoll und wünschenswert ist es, wenn die Berufsgruppe der Pflegenden selbst ihre zu erreichenden Ziele festlegt. Wer aber ist innerhalb der Berufsgruppe der Pflege dazu berechtigt oder dafür zuständig? Die Frage impliziert eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Interessensvertretung und den Organisationen der Pflege. Viele Pflegenden organisieren sich in Berufsverbänden, zum Teil in Gewerkschaften oder in Fachgesellschaften. Lange Zeit war der [Deutsche Pflegerat \(DPR\)](#) die alleinige Dachorganisation der Berufsverbände in der Pflege und konnte mit einigem Recht für sich beanspruchen, wichtige Ziele der Berufsgruppe zu entwickeln und festzulegen. Der Deutsche Pflegerat hat durch seine Kooperation mit dem [Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege \(DNQP\)](#) die Entwicklung evidenzbasierter Expertenstandards unterstützt, die zu wichtigen Fragen in der pflegerischen Versorgung Ziele formulieren und einen Weg aufzeigen, diese zu erreichen. Durch die Gründung von [Pflegekammern](#) in einigen Bundesländern – die ersten Kammern wurden in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gegründet – stellt sich die Frage der Verantwortung und Zuständigkeit für die Festlegung von Zielen der Berufsgruppe neu. Die Kammern haben deutlich weitgehendere Möglichkeiten, z. B. durch Berufsordnungen ([Kap. 1.5](#)), die Ziele der pflegerischen Berufsgruppe festzulegen. Die ersten Kammern haben sich mit dem Deutschen Pflegerat zur Bundespflegekammer zusammengeschlossen und damit eine Organisation geschaffen, die für die Entwicklung und Festlegung der Ziele der Berufsgruppe eine hohe Bedeutung haben wird. Nicht verschwiegen werden darf an dieser Stelle, dass die Kammern in Schleswig-Holstein und in Niedersachsen

bereits wieder aufgelöst wurden. Unabhängig davon sind die Kammern aber Institutionen, denen bei der Festlegung pflegerischer Qualitätsniveaus eine wichtige Rolle zukommt.

1.3 Systematisierung und Dimensionen von Qualität in der Pflege

Neben der Unterscheidung zwischen subjektiven und objektiven Qualitätsbewertungen, die in den bisherigen Kapiteln dargestellt wurden, gibt es weitere Ansätze zur Qualitätsbestimmung. Diese erheben den Anspruch, zur objektiven Qualitätsbeurteilung beizutragen und helfen, die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung zu systematisieren. Sie zeigen unterschiedliche Dimensionen von Qualität in der Gesundheitsversorgung auf, die auch für die Pflege von hoher Relevanz sind. Dieses Kapitel greift drei dieser Ansätze auf: die Qualitätsdimensionen **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**, die Besonderheiten der **Qualität personenbezogener Dienstleistungen** sowie ein **Qualitätsmodell für Versorgungsleistungen**, das international bei der Qualitätsbewertung oft genutzt wird.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Der für das Gesundheitswesen bekannteste und älteste Ansatz wurde bereits in den 1960er-Jahren von Avedis **Donabedian** (**Donabedian 2005**) entwickelt und hat viele Überlegungen zur Qualität in Medizin und Pflege entscheidend beeinflusst. Qualität in der Gesundheitsversorgung besteht in diesem Ansatz aus den drei Qualitätsdimensionen **Strukturqualität**, **Prozessqualität** und **Ergebnisqualität**.

Unter **Strukturqualität** werden alle personellen, materiellen und organisatorischen Voraussetzungen der Leistungserbringung verstanden. Merkmale der Strukturqualität sind z. B. die Anzahl und Qualifikation der

Mitarbeiter*innen (personelle Ausstattung), die Anzahl und Ausstattung verfügbarer Räumlichkeiten, die technische Ausstattung (materielle Voraussetzungen) sowie Arbeits- und Pflegeorganisationsmodelle (organisatorische Voraussetzungen).

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Tätigkeiten und Aktivitäten, die durchgeführt werden. Dazu gehören sämtliche von einzelnen Personen durchgeführten Handlungen, aber auch die festgelegten Prozesse in einer Einrichtung. Für eine gute Qualität ist es wichtig, dass das „Richtige“ getan wird, weil sonst die angestrebten Ziele nicht erreicht werden können. Um Prozessqualität zu erreichen und Prozesse zu unterstützen gibt es eine Vielzahl von Instrumenten und Maßnahmen, die genutzt werden können und die dabei helfen, das „Richtige“ zu tun. Dazu gehören Richtlinien, z. B. zur Einhaltung von Hygienevorschriften oder zur Durchführung des pflegerischen Erstgesprächs. Auch die Anwendung von hauseigenen Praxisstandards, Leitlinien oder übergreifenden Expertenstandards (Kap 3.1.1) kann einen Beitrag zur Prozessqualität leisten. Die Festlegung von Arbeitsabläufen gehört ebenfalls in den Bereich der Prozessqualität. Diese kann sich auf hausinterne Vorgänge, z. B. die Entlassung aus dem Krankenhaus oder die Aufnahme in das Pflegeheim beziehen oder den Behandlungsverlauf bei bestimmten Krankheitsbildern festschreiben und die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie feste Zeitpunkte für Maßnahmen bestimmen. Für die Festlegung von Behandlungsverläufen hat sich der Begriff der „clinical pathways“ (dt.: klinische Behandlungspfade) etabliert.

Die Bestimmung der Prozessqualität kann auch erfolgen, indem einzelne Versorgungsprozesse genauer analysiert und in einzelne Prozessschritte unterteilt werden, die manchmal einfacher zu beurteilen sind als ein Gesamtprozess. Diese Vorgehensweise bietet sich an, wenn unklar ist, warum es zu Unterschieden in der Praxis kommt